

ພາສາລາວ (LAO)

ວິນຸມສໍາຄັນສໍາລັບຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຂໍຮັບເມົດແຄຣ (MEDI-CAL)

ການແຈ້ງເລື້ອງການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວແລະການປຶກເປັນຄວາມລັບ

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສະຫວັດເຖິງການສັງລົມແລະສະຖັນຕ່າງໆມາດຕາທີ 14011 ແລະ 14012 ອະນຸຍາດໃຫ້ທີ່ຕ້ອງການເວັດແຜຂອງແຫ່ງ ຮັນເຂົາຂໍ້ມູນຕ່າງໆຈາກທ່ານ ເພື່ອຕັດສິນວ່າທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ທ່ານເປັນຜູ້ຕ່າງໆໜ້າ, ຂະນີສັດໄດ້ຮັບຜົນປະໄທດາກ Medi-Cal ຫຼື ບໍ່. ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນຫຼົ້ມ້າ ເພື່ອທີ່ຈະມີສິກຮັບຜົນປະໄທດາກ Medi-Cal. ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ກັບທັງການເວັດແຜຈະຖືກນຳໄປເຊື້ອ:

- ໄດ້ກົມສະຫວັດເຖິງການສັງລົມຂອງແຫ່ງເພື່ອນຳນາດໃຊ້ເປັນຂໍ້ມູນໃນການຕັດສິນການມີສິດຮັບ Medi-Cal ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຂໍຮັບເວັດແຜເຖິ່ງທໍາອິດ ແລະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຂໍຮັບຕໍ່ໄປເລື້ອຍໆ.
- ໄດ້ບໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຝ່າຍບໍລິຫານ (AV) ເພື່ອນຳໄປໃຊ້ໃນການດໍາເນີນການເລື້ອງການຂໍເຊົ້າບໍລິຫານເຖິງແຫ່ງແລະຮັດບັນປະຈຳກົດຂອງຜູ້ຮັບຜົນປະໄທຍັດ (ບັດ BICs).
- ໄດ້ກົມສາທາລະນະສຸກແລະລື້ກົມປະຊາຊົນຂອງສະຫະລັດຄະນະລິກາ ເພື່ອກວດສອບຄວາມນຳໄປໃຊ້ໃນການຝົາລາຍການຄອບຄຸນຄຸນໝາພາໃນການບໍລິຫານງານ ແລະເພື່ອຢັ້ງປິນເລື້ອງ ການເສັ້ນໃຈຂອງມີຄະດີແຄຣ (Medicare Buy-In) ແລະໝາຍເລັກໂຟຣີ (SSNs).
- ເພື່ອຢັ້ງປິນສະຫານພາບການເຂົ້າມີອົງຂອງຈາກຕ່າງໆຈະກັບກົມກວດຄົນຂ້າມີອົງແລະປົງສັນດັບຂອງສະຫະລັດ (U.S. Immigration and Naturalization Service ຫຼື INS) ສໍາລັບກົດລົບນີ້ຂອງຊາວຕ່າງໆຈະທີ່ອ້າງກິນວ່າເປັນຜູ້າໄສຖາວອນທີ່ຖືກກົດໝາຍ ຫຼືເປັນຜູ້າໄສຖາວອນໃນສະຫະລັດບໍລິຫານທີ່ຖືກຕ້ອງການກົດໝາຍຂອງສະຫະລັດ (PRUCOL) ຫຼື ຊາວຕ່າງໆຈະທີ່ໄດ້ຮັບການຂະໄນໄຟທີ່ນີ້ບັດ I-688 ທີ່ຖືກກັງ. ຂໍ້ມູນດ້ານການເຂົ້າມີອົງທີ່ INS ໄດ້ຮັບນັ້ນຈະນຳມາໃຊ້ ສະແນະການຕັດສິນເລື້ອງການມີສິດຮັບ Medi-Cal ທີ່ນັ້ນ, ແລະຈະບໍ່ສາມາດນຳນາມໄຊ້ບັງຄັບໃນການລົງທຶນດ້ານການເຂົ້າມີອົງຂອງທ່ານ, ບັນເວັ້ນວ່າທ່ານໄດ້ຮັດການສື່ໄກ.
- ໄດ້ທ່ານໜໍ້ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແຜດຂອງທ່ານ ແລະໄດ້ບໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງແຫ່ງ.
- ເພື່ອນຳໄປຢັ້ງປິນເລື້ອງການປະກັນໄຟສຸຂະພາບແລະການຕັບເງິນຄ່າປິ່ນປົວຈາບໍລິສັດປະກັນໄຟຕ່າງໆ.

ຜູ້ຮັບ MEDI-CAL/ສິດທິຂອງຜູ້ຮັບຜົນປະໄທຍັດ, ຄວາມຮັບຜິດຊອບ ແລະຄວາມເຂົ້າໃຈໃນເລື້ອງຕ່າງໆກ່ຽວກັບການຮັບຜົນປະໄທຍັດ

ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທິຈະ:

- ຂໍໃຫ້ມີນາພາສານາຂ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າໃນການສະໜັກຂໍຮັບ Medi-Cal ຖ້າຂ້າພະເຈົ້ານີ້ບັນຫາໃນການເວົ້າຫລືເຂົ້າໃຈພາສາຂ່າຍ.
- ຂໍໃຫ້ມີການສໍາພາດຕົວຕໍ່ກົງ (face-to-face interview) ກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງແຫ່ງ.
- ໄດ້ຮັບບໍລິການປ່າງຍຸດທີ່ເຈົ້າໃຫ້ມີການປ່າງຍຸດແລະສະໜັບຜົນປະໄທຍັດ ໃນຍັງຈຳເປົ້າແລ້ວ.
- ສະໜັກຂໍຮັບຜົນປະໄທຍັດໃນຖານຍຸດແລະສະໜັບຜົນປະໄທຍັດ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຈົ້າໃຫ້ກົດລົບນີ້ບັດ.
- ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບດິລະບຽບຕ່າງໆທີ່ມີການປ່ຽນແປງທີ່ມີຂັ້ນໃນຂອດຕີ່ທີ່ຜ່ານມາກ່ຽວກັບການມີສິດຮັບຜົນປະໄທຍັດຂອງ Medi-Cal.
- ສະໜັກຂໍຮັບ Medi-Cal ແລະໄດ້ຮັບແຈ້ງຕ່າງໆຈະນຳມີສິດທິຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບກົດລົບນີ້ບັດໃນໄຄງການໃດໃຈງານນີ້ຂອງ Medi-Cal ຫຼື ບໍ່.
- ກວດເຖິ່ງຢູ່ນີ້ກ່ຽວກັບດິລະບຽບຕ່າງໆໃນໄຄງການຂອງ Medi-Cal ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການສອບຖາມເຖິ່ງວ່າເປັນຫັກການສະໜັກຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບກົດລົບນີ້ບັດ.
- ໃຫ້ຂໍ້ມູນຫຼັງນີ້ໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ກັບກົມເວັດແຜຂອງແຫ່ງທີ່ກັບມີຫຼັງນັ້ນໄວ້ປ່າງເປັນຄວາມລັບທີ່ສຸດ ແລະຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທິຂໍ້ມູນຫຼົ້ມ້າໃຫ້ໄດ້ໃນເວລາຮັດວຽກຂອງຫຼັງການ.
- ໄດ້ຮັບບັນດາສໍາລັບຂໍຮັບບໍລິການສຸກເສີນ, ຖ້າເປັນໄປໄດ້ແລະຖ້າພະເຈົ້າຈົກນີ້ສັດໄດ້ຮັບນັ້ນ, ໃນກະລະນີໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າມີເຫັນດີການສຸກເສີນດ້ານການແຜດ ຫຼືຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຖືກປິພາ.
- ໄດ້ຮັບ Medi-Cal, ຕາມທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ຂະນະທີ່ສະຖານພາບການເຂົ້າມີອົງຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈຳກັງໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນງ, ໃນກະລະນີໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ມີສິດຮັບບໍລິການປ່າງຖືກຕ້ອງ. ຂອງຕ່າງໆຈະທີ່ບັນຜູ້າໄສທີ່ຖືກຕ້ອງການກົດໝາຍ ຫຼືຂ້າວຕ່າງໆຈະທີ່ໄດ້ຮັບການອະໄນໄຟທີ່ນີ້ບັດ I-688 ທີ່ຖືກຕ້ອງແນ່ນຜູ້ມີສະຖານພາບການເຂົ້າມີອົງທີ່ຖືກຕ້ອງການກົດໝາຍ.
- ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໄຄງການປ່າງກັນສຸຂະພາບດ້ານນັ້ນຍັດແລະການເສັ້ນຍົງຈະ (CHDP) ແລະໄຄງການອາຫານເສີນພື້ນສັດສໍາລັບຜູ້ບໍ່, ດ້ານນ້ອຍທີ່ເກີດໃໝ່, ແລະດ້ານນ້ອຍ (WIC), ແລະຄໍຄວາມຊຸວະເຫຼືອຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນ.
- ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໄຄງການບໍລິການດ້ານການຮັກສາບຸກຄົນ (Personal Care Service Program ຫຼື PCSP), ແລະຄໍຄວາມຊຸວະເຫຼືອຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນ.
- ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໄຄງການກວດນະຍາດໃນຂັ້ນກັ້ນແລະການກວດພະຍາດເປັນໄລຍະ, ການວິນິດໄສພະຍາດແລະການປິ່ນບົວ (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program ຫຼື EPSDT).
- ຂໍ້ມູນແລະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໄຄງການວາງແຜນຄອບຄົວແລະໄດ້ຮັບແຈ້ງວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທິຂໍ້ມູນທີ່ຈະໄດ້ຮັບບໍລິການເຫັນຫລື.

ຂໍ້ມູນສໍາຄັນສໍາລັບຜູ້ສະໝັກຂໍຮັບ MEDI-CAL (ຕໍ່)

15. ເຈົ້າລົມກັບພະນັກງານຂອງກົມສ້າງຄົມສົງຄະຕະ (ເວີເກີ) ກ່ຽວຂ້ອງບໍລິການອື່ນງ່າງຂອງສາທາລະນະລະອອກອາກະຊົນອື່ນງ່າງ ຫລືແຫ່ງລ່ວງບໍລິການອື່ນງ່າງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຮັບໄດ້.
16. ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວຂ້ອງການເປີ່ນວິຈຸ່າຂະໜາດຕ່າງໆຂອງ Medi-Cal ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າແລະຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຂົ້າໄຈການໄດ້ເພື່ອປ່າຫວ່າງໜີ່ແລະການເປີ່ນວິຈຸ່າຂະໜາດຕ່າງໆ.
17. ທຸລຸດຝ່ອນລາຄາກ່າວຮັກສາໃນສ່ວນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກ້ອງຈ່າປີໄດ້ຍາການສະແດງບົນຄ່າໂຮງໝູ່ໄດ້ຈໍາຍ (ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບ້າງເບັນໜີ່ປຸ່).
18. ທຸລຸດຝ່ອນຄ່າຂອງຂົບສິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຢູ່ໃນການຈຳກັດດ້ານຂັບສິນຕາມທີ່ Medi-Cal ກໍານົດໄວ້ພາຍໃນວັນສຸດທ້າຍຂອງເດືອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກຮັບຜົນຍິນໃຫຍ່ຕາມ ແລະໄດ້ຮັບແຈ້ງວ່າຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະໄດ້ຂົບສິນຕົກນີ້ກໍານົດໄວ້. ຮວມທັງເດືອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າດ້າງກ່າວ.
19. ແບ່ງຂັບສິນສ່ວນຮວມ (ຂອງສາມື–ຝັ້ນລະບາດແລະຂອງຂ້າພະເຈົ້າ) ທີ່ສາມາດນຳມານັດໄກ (ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການບົກລັ້ນ) ໄດ້ຍາການຂຽນຫັກກົງລົງເປັນລາຍລັກຂັກສອນໃຫ້ແບ່ງຂັບສິນນັ້ນທ່ານກັນໄດ້ບະບາດກອກປັ້ນຂອງໃຫຍ່ຂອງລາວ ຖ້າພວກເຮົາຜູ້ໃຫ້ຢູ່ເວົ້າຮັກສາສາຖານທີ່ເຫັນແຈ້ງສຸຂະພາບໃນໄລຍະຫວາງ (long-term care ຫີ້ LTC) ກ່ອນວັນທີ 30 ເດືອນກັນທຳ 1989.
20. ຮັກສາຈຳນວນຂັບສິນທີ່ນັ້ນໄດ້ແລະຂັບສິນສ່ວນຮວມບາງປ່າງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າວັກສາໃນ LTC ໃນວັນທີໜີ້ແລ້ງວັນທີ 1 ເດືອນມັງກອນ 1990. ສາມື–ຝັ້ນລະບາດແລະຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງວ່າກ່ຽວຂ້ອງບໍ່ມີການຂອງຂົບສິນນັ້ນ.
21. ມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຮັບຝັ້ງຄະດີຈາກທ່າງລັດ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຈັກຜົນການກັດສິນ (ຫີ້ບໍ່ໄດ້ກັດສິນ) ໄດ້ກົມເວລັບແນວຂອງແວງ ຫລືໄດ້ກົມສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ, ບົກລັ້ນການກະທຳນັ້ນກ່ຽວຂ້ອງບໍ່ມີການຈຳຄຳກັນສຸຂະພາບ (Health Insurance Premium Payment ຫີ້ HIPP) ແລະຄົງການສຸຂະພາບທຸກໆຂອງນາງຈ້າງ (Employer Group Health Plan ຫີ້ EGHP) ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າກ້ອງການໃຫ້ມີການຮັບຝັ້ງແລ້ວຈາກທ່າງລັດເພື່ອຊຸ່ອກົມພົນການກັດສິນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງຮັບໃຫ້ມີເຫັນພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບຈາກ ວັນທີໃບແຈ້ງຜົນການກັດສິນ (Notice of action ຫີ້ NOA) ໄດ້ສົງມາຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ປັບໃນ NOA, ຂ້າພະເຈົ້າກ້ອງຈົ່ງໃຫ້ມີການຮັບຝັ້ງແລ້ວພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບຈາກວັນທີຂ້າພະເຈົ້າຮັບກ່ຽວຂ້ອງບໍ່ມີການກັດສິນນັ້ນ. ວິທີທີ່ກໍ່ໄດ້ສຸກຄືໃຫ້ມີການຮັບຝັ້ງແລ້ວຂອງທ່ານທີ່ກົມເວລັບແນວຂອງແວງທີ່ປູ່ໄດ້ເຄີຍຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ຕ່າງໜ້າຂອງແວງ (ເວີເກີ) ທີ່ຈັດການເລື້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າຊາບພາຍໃນສີບ (10) ວັນນີ້:

1. ລາຍໄດ້ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ ທານທີ່ສະບາຍືກົມໄດ້ຄົນນີ້ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນໜັ້ນ, ຫລຸດລົງ, ເລີ້ມ້ັບ, ຫລືຢຸດ. ລາຍໄດ້ນີ້ຮວມເຖິງເຖິງທີ່ໄດ້ຈາກຫ້ອງການ SSA, ເງິນັງ, ເງິນັງທີ່ໄດ້ຈາກການຕົກລົງໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລືເງິນຈາກແຫ່ງລ່ວງໆອື່ນ.
2. ຂ້າພະເຈົ້າມີໂຄງການທີ່ຈະບັນບ່ອນຜູ້ລື່ມປົງທີ່ປູ່ສຳລັບສົງໄປສະນີ ຫລືຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ບາຍຫລືປົງທີ່ປູ່ໃໝ່ແລ້ວ.
3. ມີຄົນບໍ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ໃຫ້ມີການຮັບຝັ້ງແລ້ວຈາກທ່າງລັດໃໝ່, ບໍ່ວ່າຄົນນີ້ຈະແຕ່ນາດີ່ນັ້ນຂອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫລືເປັນຄົນໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫີ່ບໍ່ກຳຕາມ.
4. ຜໍ່ທີ່ແປ່ນໄຂງ່າງທີ່ບໍ່ໄດ້ປູ່ນໍາໄດ້ບໍ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບອີກ.
5. ຂ້າພະເຈົ້າຫລືສະມາຊືກົມໃດຄົນນີ້ໃໝ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອກລູກ, ຕີຟາ, ຫີ້ລີ ແລ້ວລູກ.
6. ຂ້າພະເຈົ້າ, ສາມື–ຝັ້ນລະບາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລືສະມາຊືກົມໃດຄົນນີ້ໃໝ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເວົ້າຫລືລົອກຈາກເຮືອນເງິນແຈ້ງຜູ້ຕົກ (nursing home) ຫີ້ ສະຖານທີ່ຮັກສາ LTC.
7. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ, ໂອນ, ໃຫ້, ຫລືຂ້າພະເຈົ້າສິນສ່ວນເກົ່າ, ບ້ານຫລືທີ່ດິນ (ຮວມຫັງເງິນສົກ) ຫີ້ ເມື່ອມີຄົນໃຫ້ສິ່ງເລົ່ານັ້ນກ້ອນຂ້າພະເຈົ້າຫລືສະມາຊືກົມໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຊັ່ນ ລົດບິນ, ບ້ານ, ການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄຟ ແລະອື່ນງ່າງ.
8. ຂ້າພະເຈົ້າມີຄົນໃຫ້ຈ່າຍທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່.
9. ຂ້າພະເຈົ້າຫລືສະມາຊືກົມໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີວຽກຮັດ, ປົງນວຽກ, ຫລືບໍ່ມີວຽກຮັດອີກຕໍ່ໄປ.
10. ຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງໃນກັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງບໍ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່. (ເຊັ່ນ: ການເງິນແບ່ງແບ່ງຕັກນ້ອຍ, ຄ່າເດີນທາງ ແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນງ່າງ)
11. ຂ້າພະເຈົ້າຫລືສະມາຊືກົມໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ກຳຍົດເປັນຜູ້ແຂ່ງອົງຄະດີຕ້າມກຳຍົດເປັນຜູ້ໃໝ່ໃນຄອບຄົວ (ນີ້ຮວມເຖິງຕັກທີ່ປູ່ໃນຄອບຄົວ).
12. ຂ້າພະເຈົ້າຫລືສະມາຊືກົມໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໝັກຮັບຜົນຍິນປະຫຼັກສຳລັບຜູ້ແຂ່ງອົງຄະດີຈາກ SSA, ອົງການທະຫານຕ່າງໆ, ຫລືຜູ້ກະສຽນກົມທ່າງລົດໄຟ.
13. ລູກົມໄດ້ຄົນນີ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈາກໄໂຮງຮູນຫລືກັບເຂົ້າໄຈໂຮງຮູນຫຼື.
14. ມີການປ່ຽນແປງດ້ານການເຫັນສິນຊາດ/ສະຖານະນາການເວົ້າເມື່ອງຂອງສະມາຊືກົມໃດຄົນນີ້ໃໝ່ໃນຄອບຄົວທີ່ກໍ່ກຳລັງສະໝັກຫລືທີ່ກໍ່ກຳລັງໄດ້ຮັບ Medi-Cal.
15. ມີການປ່ຽນແປງດ້ານການຄຸນຄອງການປະກັນໄຟສຸຂະພາບສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າແລະຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະ:

1. ຂຽນໃຈລາຍງານສະຖານະພາບແລະສົງຄົນໃຫ້ກັບຫ້ອງການພາຍໃນວັນທີທີ່ກຳນົດໄວ້.

ຂໍ້ມູນສໍາຄັນສໍາລັບຜູ້ສະໝັກຂໍຮັບ MEDI-CAL (ຕໍ່)

2. ສະແດງຫລັກຖານວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ອາໄສໃນລັດຄລືຟິ່ນຍັງ.
3. ໂຈງໃຫ້ທ່າງຫ້ອງການຮູກງວບສະຖານະພາບດ້ານສັນຊາດແລະການເວົ້າເມືອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
4. ຈັດກຽມໝາຍເລັກໄຊໃຊ (SSN) ໃຫ້ກັນເກີວ້າພະເຈົ້າເອງແລະ/ຫລືໃຫ້ກັນສະນາເຊີກຄົນໃດຄົນບໍ່ໄວ້ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ມີໝາຍເລັກໄຊໃລ້ແລະຫ້ອງການໄດ້ຮັບຜົນປະໄຫຍດຈາກ Medi-Cal. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃສ່ເອກະສານເອກະສານຮູກງວບສະນາເຊີກທີ່ເວົ້າເມືອງປ່າງເຖິງກັກ້ອງ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ມີໝາຍເລັກໄຊໃຊ, ພ້າພະເຈົ້າຕ້ອງສະໝັກຂໍ້ມູນເລັກໄຊໃຊແລະໃຫ້ໝາຍເລັກນັ້ນກັບທ່າງແຂວງ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈໍາເປັນຕ້ອງສະໝັກຂໍ້ມູນເລັກໄຊໃຊ ຫລືຖ້າ Medi-Cal ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກປະຕິເສດຖະກິດສັນສຸກລົງ. (ຊາວກ່າງຊາດທີ່ມີສະຖານະພາບການເຕີມເມືອງທີ່ຖືກກ້ອງແຂວງບໍ່ມີໝາຍເລັກໄຊໃຊ ຖ້າບຸກຄົນນັ້ນມີຄຸນສົມບັດຕາມທີ່ກໍານົດໄວ້.)
5. ສະໝັກຂໍ້ຮັບຄາບໄດ້ກ່າງເງິນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າທີ່ສະນາເຊີກໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າດ້ານມີສິດໄດ້ຮັບ.
6. ສະໝັກຂໍ້ຮັບຜົນປະໄຫຍດແມ່ນ (Medicare) ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕາມບອດ, ເສັ້ນອົງຄະ, ເປັນພະຍາກົມໃຫ້ຫຼັງໃນຂັ້ນຄຸນແຮງ, ຫລືມີອາຍຸໄດ້ 64 ປີ 9 ດີອິນຂັ້ນໄປ ແລະເປັນຜູ້ທີ່ມີສິດ.
7. ສະໝັກແລລວ່າງຍະບຽນໃນໂຄງການປະກັນໄຟສູຂະພາບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າແຈ້ງແຄນອອກໃຫ້ພົບໄດ້ບໍ່ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຊ້ຈໍາປັບ. ຂ້າພະເຈົ້າມີຫັນທີ່ຮັບຜົນປະຊາບໃນການມີຊື່ໃນທະບຽນໃນໂຄງການສູຂະພາບທີ່ໄປມື່ນ Medi-Cal ໄດ້ຂອ່ມັດຈາກລັດຄລືຟິ່ນສໍາລັບການດໍາປ່າດກັນສູຂະພາບໃຫ້ກັບໂຄງການ.
8. ລາຍງານທີ່ກໍານົນສາຫາລະນະສຸກຂອງແຂວງ, ຜູ້ໃຫ້ມີລົງການດ້ານສູຂະພາບ, ບໍລິສັດປະກັນໄຟສູຂະພາບແລະບໍລິສັດທີ່ໃຫ້ຄວາມຄຸນຄອງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີຢູ່ຫຼືທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໃຊ້ບໍລິການ, ວອນທັງ Medi-Care. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ເຫັນໜ້າຕໍ່ນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າອາຈະຜົນທີ່ໃຫ້ຫຼັກສິດກີໂກປາ, ຫລືອາຈະຕ້ອງໄຮຮບບິນຄໍາປົ້ນປໍວຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແຜດຂອງທ່ານ.
9. ໄປຫາໄຄງ່າການເປັນປົວສູຂະພາບ (ຂັ້ນ Kaiser, CHAMPUS, ຫລື Medicare HMO) ສໍາລັບການຮັກສາສູຂະພາບ. (Medi-Cal ຈະບໍ່ຈໍາກໍາໄດ້ໃຊ້ຈໍາປັບໃດງ່າຍສໍາລັບບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸນຄອງຈາກໄຄງ່າການນີ້.)
10. ໃຫ້ຄ່າປະກັນສູຂະພາບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໃຫ້ກັບທ່າງລັດ ຖ້າ Medi-Cal ໄດ້ຈໍາກໍາຄ່າເປັນປົວນັ້ນໃຫ້ກັບຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ.
11. ໄປເປົ້າງ່າການສະແດງຍອທີບໍ່, ຖ້ານີ້ການສະແດງຍອທີບໍ່ຂຶ້ນ, ແລະຂອນເລືອກໃນໂຄງການທີ່ຕ້ອງການ, ຫລື ດອຍຄໍາຖາມທີ່ໄດ້ຮັບທ່າງໄປສະນີ, ກ່ຽວກັບວິທີໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄຮຮບຜົນປະໄຫຍດ Medi-Cal. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄປເປົ້າງ່າການສະແດງຍອທີບໍ່ແລະເລືອກໃນໂຄງການ, ຫລື ເລືອກໃນໂຄງການທ່າງໄປສະນີ, ວ້າພະເຈົ້າແລະສະໝັກເວົ້າໃນໂຄງການປະກັນໄຟສູຂະພາບຂອງ Medi-Cal ທີ່ຢູ່ໃຫ້ເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້.
12. ເຊັ່ນຂີ່ແລະລົງວັນທີຕີງປັດ BIC ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ ແລະໃຫ້ແນບໃຈວ່າບັດນັ້ນໄດ້ນຳມາໃຊ້ໃນການເປັນປົວນັ້ນໄຟສູຂະພາບທີ່ຈໍາເປັນສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າແລະສະໝັກເຊີກໃນຄອບຄົວ.
13. ເອັບດັບ BIC ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄປສະແດງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສູຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຈໍາເປັນປົວນັ້ນ. ໃນກໍລະນີສຸກສົນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງເອົານັດ BIC ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ກັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສູຂະພາບເນື້ອງຈຳນັກໄດ້.
14. ລາຍງານທີ່ກໍານົນສາຫາລະນະສຸກຂອງແຂວງເນື້ອຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບບໍລິການທ່າງເງິນດ້ານສູຂະພາບຂອນຄຸປະເກີເຫດລົງການບາດເຈັບທີ່ຕົກຈາກການກະທຳຂອງບຸກຄົນຂຶ້ນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ປະກັບດ້ານ, ສໍາລັບຄ່າເປັນປົວຂອງ Medi-Cal ທີ່ໄດ້ສົງຫຼືອາກສົງບິນມາຕັບງົງ.
15. ໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືກັບທ່າງລັດຄລືຟິ່ນຢ່າງແຂວງໃນການຊອກຫາຜູ້ເປັນປົວແລະຊອກຫາໄຄງ່າການຄຸນຄອງສູຂະພາບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຫຼືຄືອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າດ້ານມີສິດໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ເປັນປົວລື້ອມທີ່ບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ນໍາກັນ.
16. ໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືກັບລັດຄລືຟິ່ນຢ່າງແຂວງໃຫ້ຄວາມຄັດລືອກເພື່ອນຳມາພົຈົນລະການໄດ້ຍະນະການພົຈົນຄວນຄຸນນະພາບ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈະປະກິສົກນໍ້າໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືກັບລັດຄລືຟິ່ນຢ່າງແຂວງ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຕີມ–

1. ການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ຂູນທີ່ຈໍາເປັນຫລືຕັ້ງໃຈໃຫ້ຂູນທີ່ບໍ່ເປັນຄວາມຈີງອາດຈະມີຜົນກໍານົດໃຫ້ບໍລິການ Medi-Cal ທີ່ອາດຖືກປະຕິເສດຖະກິດຮັດແລກໃຫ້ຢູ່ລົງລົງໄດ້.
2. ຂູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໃນນັ້ນຈະກົກໂດຍຂັ້ງເປົ້າໃດກົດຄອນຫຼືກົດຄົນທີ່ໃຫ້ໄດ້ກັນກົດໄດ້.
3. ຂູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າດໍາລັດທີ່ມີສະຖານະນາການເວົ້າເມືອງທີ່ຖືກກ້ອງແຂວງບໍ່ມີໝາຍເລັກໄຊໃຊ ສາມາດຮັບບໍລິການ Medi-Cal ແບບຈໍາກັດ ໄດ້ບໍ່ຕ້ອງສະໝັກຂໍ້ມູນເລັກໄຊໃຊ ຖ້າບຸກຄົນນັ້ນມີຄຸນນະສົມບັດຕາມກົດລະບຽນທີ່ກໍານົດໄວ້.
4. ຂູນດ້ານສະຖານະພາບການເມືອງທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນສ່ວນນິ່ງຂອງການສະໝັກຂໍຮັບ Medi-Cal ນັ້ນໄດ້ຮັບການຮັກສາເປັນຄວາມລັບ.
5. ຂູນຢູ່ບໍ່ຈໍາລັກໄດ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງຈໍາປ່າຍຫຼືໄດ້ຮັບບິນສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈໍາດ້ານສູຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າກໍ່ອໍານື້ອທີ່ໃຫ້ໄວ້ Medi-Cal.

ຂໍ້ມູນສໍາຄັນສໍາລັບຜູ້ສະໝັກຂໍຮັບ MEDI-CAL (ຕໍ່)

6. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈໍາລັດຍາງານການປ່ຽນແປງໄດ້ຍັນທີ່ແລ້ວ, ແລະຍັນການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຜ່າວລາຍງານ, ຜົນປະໄຫຍດ Medi-Cal ທີ່ວ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີສີດໄດ້ຮັບນັ້ນ,
ຂ້າພະເຈົ້າອາດຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ກັບກົມສາຫາລະສຸກຂອງລັດ.
7. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈໍາລັດຢັບ Medi-Cal ຢັບນ່າງຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ສັບຍົງຄະແນວຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກຂໍຮັບນີ້ໃຫຍ່ຍົງແລ້ວ ສາ, **SSA**, **QWIC** **SSA** ປະກິເສດຖາວົາຂໍຂອງວ້າພະເຈົ້າແລ້ວ,
Medi-Cal ຂອງວ້າພະເຈົ້າອາດຢັບໄດ້. ບ້າຂ້າພະເຈົ້າຊຸ່ອນເລື່ອງ SSA ທີ່ກີ່ປະກິເສດຖາວົາໃດທັນທີ່ແລ້ວ, Medi-Cal ຈະບັງຄົງມີຕໍ່ໄປ ຈົນກວ່າ SSA ຈະຕັດສິນໃນເຂັ້ນສຸດທ້າຍ. ບ້າ SSA
ບໍ່ຂ່ອນຍຸດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າເປັນເລື່ອງໃຊ້ບໍລິການແລ້ວ, ຜົນປະໄຫຍດ Medi-Cal ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈໍາລັດສິນ.
8. ເຖິງນໍ້າຂໍຂອງການມີສີດໃຫຍ່ Medi-Cal, ສີດີໃນການໄດ້ຮັບການປ່ຽນແປງຫຼືອົດກ້າວການແພດ ແລະ/ທີ່ກີ່ປະກິເສດຖາວົາໃຫຍ່ສໍາລັບຄ່າບໍ່ລົກຄະນຸມໄດ້ບໍລິກັດແລ້ວ ພົມບໍ່ໄດ້ຮັບການຄວບຄຸມໄດ້ບໍລິກັດຕະນີ.
9. ບ້າການຂ່ອບຕົວອົດກ້າວການແພດສໍາລັບລູກປັບກຳສັງອງສານຫຼື້ນ້າໄດ້ຈາກພົນບໍ່ທີ່ໄດ້ຜູ້ນຳລູກ, ບໍລິສັດປະກັນໄຟສູຂະພາບຈະຕ້ອງຍຸດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າລົງຫະບຽນແລ້ວໃຫ້ຜົນ
ປະໄຫຍດຕ່າງໆກັບລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃດທີ່ບໍ່ຕ້ອງມີຜົນລົງທຶນເອົາມີ້ງໜ່ອນ.
10. ບ້າຂ້າພະເຈົ້າຈໍາສະໝັກຂໍຂັບການປະກັນໄຟສູຂະພາບແບບ໌ເສັບຄ່າ (no-cost health coverage) ຫລື ການປະກັນໄຟສູຂະພາບທີ່ລັດຈະບໍາໃຫ້ (state-paid coverage), ຜົນປະໄຫຍດ Medi-Cal
ແລະ/ທີ່ກີ່ປະກິເສດຖາວົາຈໍາດັດຖຸກິບປະຕິເສດຖາລືກລົງໄດ້.
11. ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກຂໍຮັບ Medi-Cal, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບການປະເມີນສໍາລັບການມີສີດໃນໄຄງານສູ່ຂະພາບເຊື່ອງ, ເຊັ່ນໄຄງານ HIPP ແລະໄຄງານ EGHP.
12. ບ້າຂ້າພະເຈົ້າຈໍາວໍ່ເສັບລົກການຈາກທ່ານໜໍ້ລື້ງໃຫ້ບໍ່ລົກການດ້ານການແພດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການນັ້ນຄອງຈາກໄຄງານປະກັນໄຟສູຂະພາບທີ່**ແນ່ມ່ນ Medi-Cal**, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງໃຫ້ຈຳໃຫ້ການທີ່
ຂຽນເປັນລາຍໍາກ້ອກສອນຈາກໄຄງານປະກັນໄຟສູ່ຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ກັບທ່ານໜໍ້ລື້ງໃຫ້ບໍ່ລົກການດ້ານການແພດ ຂຶ່ງໃນເອກະສານນັ້ນໄດ້ກວ່າໄຄງານນັ້ນບໍ່ໃຫ້ບໍ່ລົກການທີ່ໄດ້ຮັບ
ການນັ້ນຄອງຈາກ Medi-Cal.
13. ຜູ້ໃຫ້ບໍ່ລົກການດ້ານການແພດຂອງ Medi-Cal ບໍ່ສາມາດເປັນຍົງຄ່າປະກັນສູ່ຂະພາບທີ່ຈໍາຍຮ່ວມກັນ (copayment ຫລື coinsurance) ຫລື ເງິນສ່ວນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຈ່າຍອ່ອງ
(deductible) ຈາກຂ້າພະເຈົ້າ ບໍາລັງນັ້ນຈາກທີ່ກີ່ປະກິເສດຖາວົາໄດ້ສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medi-Cal ແລະ/ຫລື ການຈໍາຍຮ່ວມ (copayment) ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
14. ບ້າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຮັບເວົ້າໃນປູ້ໃນເຣືອນເງົ່າພູ້ແນວໃຫ້ບໍ່ມີຄວາມຕັ້ງໃຈທີ່ຈະກັນຄືນໃນປູ້ໃນເຣືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງແລ້ວ, ລັດອາດຈະຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກລູກສິນຂອງວ້າພະເຈົ້າໄດ້.
15. ທັງຈາກທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກຂໍຮັບ, ລັດມີສີທີ່ຈະຮັກອົງໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຈໍາຍຕົງຄືນຈາກລູກສິນຂອງວ້າພະເຈົ້າສໍາລັບນີ້ປະໄຫຍດທັງໝົດຂອງ Medi-Cal ທັງຈາກຂ້າພະເຈົ້າອຸ້ດີ 55 ປີ
ຢັດເວັ້ນຂ້າພະເຈົ້າມີສາມີຫີ່ພັນລະບາທີ່ບໍ່ມີຂີ່ວິດີ່ຢູ່ໃນໄລຍະລວມທີ່ລາວໃຊ້ວິດີ່ຢູ່, ລູກທີ່ອາຫຸ້າກ່າວກ່າວສຽນ, ລູກທີ່ຕາງອົດຫີ່ພັນຜູ້ສັບອົງຄະປ່າງຖາວອນຫີ່ສັບອົງຄະຫັກຕົວ,
ຫລືໃນກໍລະນີທີ່ນັ້ນຈະແຮກໃຫ້ເກີດຄວາມບາກຈຳບາກກັບລູກຄານຫີ່ຜູ້ຮັບມີລະເກີດຈາກວ້າພະເຈົ້າ.
16. ທັງຈາກການສະໝັກຂໍຮັບຂອງສາມີ-ພັນລະບາທີ່ສະໝັກຂໍຮັບທີ່ຈະຮັກອົງໃຫ້ຕ່າງໆຕົງຄືນໃຫ້ກັບບັດຈາກລູກສິນທີ່ລາວໄດ້ຮັບຈາກຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົນປະໄຫຍດທັງໝົດຂອງ Medi-Cal
ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບທັງຈາກອຸ້ດີ 55 ປີ ຕົກຕ່າງໆຈຳນວນຂອງລູກສິນທີ່ສາມີຫີ່ພັນລະບາທີ່ຈະຮັກຂໍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຂ້າພະເຈົ້າ.

(ເຊັ່ນຂໍ້ແນະກັບນັ້ນໄວ້ເປັນຫລັກຖານຂອງທ່ານ) ຂ້າພະເຈົ້າຂໍກ່າວໃນບ່ອນນັ້ນຈໍາ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ກວດເຖິງຂໍ້ມູນໃນຝອມນັ້ນກັບຜູ້ຕ່າງໆນ້ຳຂອງແລ້ວ ແລະຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າໃຈສິດທິແລະຄວາມ
ຮັບຜິດຂອບທັງໝົດຂອງວ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອທີ່ຈະໄດ້ຮັບຜິຈາລະນາໃນການຮັບ Medi-Cal ແລະຮັກສາຄຸນນະສົມບັດໃນຖານຂັ້ນຜູ້ຮັບ Medi-Cal ຕໍ່ໄປ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ກ່າງໜ້າ (ຈະເຊັນເລື່ອບັນດາໄຟ)

ວັນທີ



COUNTY USE SECTION

I have provided (check one) In person By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

Eligibility Workers Signature

Worker Number

Date

ຂໍ້ມູນສໍາຄັນສໍາລັບຜູ້ສະໝັກຂໍຮັບ MEDI-CAL (ຕໍ່)

6. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈໍາລັດບາງານການປ່ຽນແປງໄດ້ບໍານັດທີ່ແລ້ວ, ແລະຍັນການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຜ່າວລາບາງານ, ຜົນປະໄຫຍດ Medi-Cal ທີ່ວ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີສີດໄດ້ຮັບນັ້ນ,
ຂ້າພະເຈົ້າອາດຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ກັບກົມສາຫາລະສຸກຂອງລັດ.
7. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈໍາລັດໃຫຍ່ໄດ້ຮັບ Medi-Cal ບ້ອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ສັບຢົງຄະແລວຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກຂໍຮັບມີປະເທັກຂອງຜູ້ເສັ້ນຍົງຍາ ຈາກ SSA, ອະນະ SSA ປະກິເສດຖາວົາຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ,
Medi-Cal ຂອງຂ້າພະເຈົ້າອຸທອນເລື່ອງ SSA ທີ່ກີ່ປະກິເສດຖາວົາໄດ້ບໍານັດທີ່ແລ້ວ, Medi-Cal ຈະບັງຄົງມີຕໍ່ໄປ ຈົນກວ່າ SSA ຈະຕັດສິນໃນເຂັ້ມສຸກທ້າຍ. ຖ້າ SSA
ບໍ່ຂ້າພະເຈົ້າຢືນເລື່ອງໃຊ້ບໍລິການແລ້ວ, ຜົນປະໄຫຍດ Medi-Cal ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈໍາລັດສິນຍົງຍາ.
8. ເຖິງນີ້ໄຂອັນນີ້ຂອງການມີສີດຮັບ Medi-Cal, ສີດີໃນການໄດ້ຮັບການປ່ຽນແປງຫຼືອົກດ້ານການແຜດ ແລະ/ທີ່ກີ່ປະກິເສດຖາວົາຂໍຂອງສິນທີ່ມີປະເທັກຂອງຜູ້ເສັ້ນຍົງຍາ ຈະໄດ້ຮັບການຄວບຄຸມໄດ້ບໍລິການຂອງພົມ.
ຕ່າງໆນີ້ມີສີດີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ຮັບຜິດອຸທະກາງກົດໝາຍນັ້ນ ຈະໄດ້ຮັບການຄວບຄຸມໄດ້ບໍລິການຂອງພົມ.
9. ຖ້າການຂ່ອບຕາລີດ້ານການແຜດສໍາລັບລູກປັບກຳສັ່ງອງສານຫຼື້ນໍາຈາກປ່ານໍ້ທີ່ໄດ້ຜູ້ນຳລູກ, ບໍລິສັດປະກັນໄຟສູຂະພາບຈະຕ້ອງຍືນຍຸດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າລົງຫະບຽນແລວໃຫ້ຜົນ
ປະເທັກດ່າງໆກັບລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າດ້ານທີ່ບໍ່ຕ້ອງມີຜົນລົງລົມເອີກຝາຍນີ້ງ່າຍ.
10. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈໍາສະໝັກຂໍຮັບການປະກັນໄຟສູຂະພາບແບບ໌ເສັ້ນຄ່າ (no-cost health coverage) ຫລື ການປະກັນໄຟສູຂະພາບທີ່ລັດຈະບໍາໃຫ້ (state-paid coverage), ຜົນປະໄຫຍດ Medi-Cal
ແລະ/ທີ່ກີ່ປະກິເສດຖາວົາຈໍາດັດຖຸກິໂຄດລືດຸກລົງໄດ້.
11. ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກຂໍຮັບ Medi-Cal, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບການປະເມີນສໍາລັບການມີສີດໃນໄຄງານສູ່ຂະພາບເຊື່ອງ, ເຊັ່ນ ໄຄງານ HIPP ແລະໄຄງານ EGHP.
12. ພ້ອມວ່າ ບໍລິການຈາກທ່ານໆທີ່ໄດ້ຮັບການນັ້ນຄອງຈາກໄຄງານປະກັນໄຟສູ່ຂະພາບທີ່**ແນ່ມ່ນ Medi-Cal**, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງໃຫ້ຈຳໃຫ້ການທີ່
ຂຽນເປັນລາຍໍ້ກ້ອກສອນຈາກໄຄງານປະກັນໄຟສູ່ຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ກັບທ່ານໆທີ່ໄດ້ຮັບການນັ້ນບໍ່ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບ
ການນັ້ນຄອງຈາກ Medi-Cal.
13. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແຜດຂອງ Medi-Cal ບໍ່ສາມາດເປັນຍົງຄ່າປະກັນສູ່ຂະພາບທີ່ຈໍາຍຮ່ວມກັນ (copayment ຫລື coinsurance) ຫລື ເງິນສ່ວນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຈ່າຍອ່ອງ
(deductible) ຈາກຂ້າພະເຈົ້າ ຢົກເວັ້ນການຈໍາຍເງິນນັ້ນຈະຖືກນຳມາໃຊ້ສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medi-Cal ແລະ/ຫລື ການຈໍາຍຮ່ວມ (copayment) ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
14. ພ້ອມວ່າ ບໍລິກັນເວົ້າໄປ່ໃນເຣືອນເງົ່າພູ້ໃຫ້ໃຫ້ບໍລິການຈໍາຍຮ່ວມກັນ ແລະຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີຄວາມຕັ້ງໃຫ້ທີ່ຈັກຄືນໄປ່ໃນເຣືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງແລ້ວ, ລັດອາກະສົກຄ່າໃຫ້ຈ່າຍຈຳກັດຈາກຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຈ່າຍຈຳກັດຈາກຂ້າພະເຈົ້າໄດ້.
15. ທັງຈາກທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກຂໍຮັບມີວິທີກິດຕົວແລ້ວ, ລັດມີສີທີ່ຈະຮັດອັນໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຈໍາຍເງິນຄ່າປະກັນສູ່ຂະພາບທີ່ຈໍາລັດສິນປະເທັກຂອງ Medi-Cal ຫລັງຈາກຂ້າພະເຈົ້າອຸດັກຕົວ 55 ປີ
ຢັກເວັ້ນຂ້າພະເຈົ້ານີ້ສາມາດຮັບມີວິທີກິດຕົວທີ່ບໍ່ມີວິທີກິດຕົວຢູ່ໃນໄລຍະລວມທີ່ລາວໃຊ້ວິທີກິດຕົວຢູ່, ລູກທີ່ອາຫຸ້າກ່າວ່າກະສຽນ, ລູກທີ່ຕ່າງອຸດັກຕົວຢູ່ໄດ້ຮັບມີວິທີກິດຕົວຢູ່ຄະຫຼາກຕົວຢູ່, ທີ່ລົງໃນກໍລະນີທີ່ນັ້ນຈະແຮກໃຫ້ເກົ່າມີຄວາມຍົກເວົ້າກໍາລົງລາຍການຫຼືຜູ້ຮັບມີລະເກົ່າກໍາລົງລາຍການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
16. ທັງຈາກການແສ່ງວິທີກິດຂອງສາມາຟີ-ພັນລະບາຍທີ່ສະບັບກິດລົງລາຍກາວັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ລັດມີສີທີ່ຈະຮັດອັນໃຫ້ກັບນັດຈາກຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ມີຄວາມໄດ້ຮັບຈາກຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົນປະໄຫຍດທັງໝົດຂອງ Medi-Cal
ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບທັງຈາກອຸດັກຕົວ 55 ປີ ປົນຕີງຈໍານວນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສາມາດຮັບມີວິທີກິດຕົວຢູ່ໃນໄລຍະລວມທີ່ລາວໃຊ້ວິທີກິດຕົວຢູ່ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຂ້າພະເຈົ້າ.

(ເຊັ່ນຂໍ້ແນວຕັ້ງກັບນັ້ນໄວ້ເປັນຫລັກຖານຂອງທ່ານ) ຂ້າພະເຈົ້າຂໍ່ກ່າວໃນບ່ອນນັ້ນໆ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ກວດເຖິງຂໍ້ມູນໃນຝອມນັ້ນກັບຜູ້ຕ່າງໆນ້ຳຂອງແລ້ວ ແລະຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າໃຈສິດທິພະຄວາມ
ຮັບຜິດອຸບທັງໝົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອທີ່ຈະໄດ້ຮັບຜິຈາລະນາໃນການຮັບ Medi-Cal ແລະຮັກສາຄຸນນະສົມນັ້ນໃນຖານຂັ້ນຜູ້ຮັບ Medi-Cal ຕໍ່ໄປ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ກ່າງເໝົາ (ຈະເຊັນສືບຕົວໃຫ້ໄດ້)

ວັນທີ



COUNTY USE SECTION

I have provided (check one) In person By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

Eligibility Workers Signature

Worker Number

Date